



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 09, pp. 59044-59048, September, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25396.09.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

A ESCUTA DA DOR: ASPECTOS CLÍNICOS DO TRATAMENTO PSICANALÍTICO EM CASOS DE FIBROMIALGIA

*¹Caio César da Paz Santos, ²Amora Sarmiento Santana and ³Susane Vasconcelos Zanotti

¹Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco; ²Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas; ³Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas

ARTICLE INFO

Article History:

Received 09th August, 2022

Received in revised form

11th August, 2022

Accepted 28th September, 2022

Published online 30th September, 2022

Key Words:

Fibromialgia,
Psicanálise, Tratamento.

*Corresponding author:

Caio César da Paz Santos,

ABSTRACT

O presente artigo objetiva analisar a especificidade da prática analítica junto ao paciente com diagnóstico médico de fibromialgia. Para tanto, buscou-se identificar os aspectos clínicos discutidos na literatura científica laciana relativos à doença reumatológica cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica. Os resultados estabelecidos em categorias, conforme proposto por Bardin, indicaram: 1) a relação do tratamento psicanalítico com o trabalho médico, em contexto multidisciplinar; 2) o reconhecimento da dor como elemento comum nas queixas e demandas dos pacientes, o que dará uma direção particular à análise das situações clínicas; 3) o valor conferido ao diagnóstico diferencial e à transferência na experiência analítica do tratamento da fibromialgia; 4) a articulação entre dor e gozo. Concluiu-se que existem alguns aspectos particulares, mas não exclusivos, ao tratamento psicanalítico em casos de pacientes diagnosticados com fibromialgia. Assim, a contribuição da psicanálise para a clínica da fibromialgia incide em sustentar a fala do sujeito na sua tentativa de construção de uma teoria pessoal da dor, visando também um tratamento que seja capaz de escutar a particularidade do sujeito com dor.

Copyright © 2022, Caio César da Paz Santos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Caio César da Paz Santos, Amora Sarmiento Santana and Susane Vasconcelos Zanotti. "A escuta da dor: aspectos clínicos do tratamento psicanalítico em casos de fibromialgia", *International Journal of Development Research*, 12, (09), 59044-59048.

INTRODUCTION

A fibromialgia é uma síndrome primariamente pesquisada e tratada por reumatologistas, por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética. Entretanto, frequentemente os pacientes requerem um acompanhamento multidisciplinar para abordar mais amplamente seus sintomas e comorbidades (Heymann *et al.*, 2010). No campo psicanalítico, Castellanos (2009) considera a ambiguidade na definição da dor da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP): "A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial ou descrita em condições dessa lesão" (IASP, 1979). Castellanos indica a ambiguidade dessa definição à medida que a dor é uma sensação ou emoção que pode ocorrer inclusive sem que haja lesão física responsável. O que, por sua vez, leva à idéia de que o fator psíquico tem um papel fundamental na emoção dolorosa (Castellano, 2009). Na mesma direção, Besset *et al.* (2010) afirmam que o caráter eminentemente subjetivo das perturbações ligadas à fibromialgia (dor, fadiga, mal estar, transtornos do sono) sugere a adequação de uma avaliação e de uma terapêutica de tipo multidisciplinar. Além da menção a tratamentos medicamentosos, há também a frequente proposta de acompanhamento psicoterápico (*ibid.*).

Segundo os autores, o diagnóstico médico é baseado nos fenômenos comprovados e numa probabilidade estatística, enquanto que a psicanálise busca os modos de lidar com as singularidades do sofrimento. A psicanálise também parte do suposto de que o psíquico está relacionado com o orgânico, e que essa cisão não existe tal qual o campo médico considera. Segundo Freud (1905),

"Tratamento psíquico" quer dizer, antes, tratamento que parte da alma, tratamento - seja de perturbações anímicas ou físicas - por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é anímico no ser humano (FREUD, 1905, p. 231).

Frente a essa questão, o presente trabalho buscou identificar a particularidade do tratamento psicanalítico de pacientes diagnosticados com fibromialgia. Das produções científicas identificou-se os principais aspectos do tratamento psicanalítico de pacientes diagnosticados com fibromialgia. Os resultados foram estabelecidos em categorias, conforme proposto por Bardin (2004).

Psicanálise e medicina na prática multidisciplinar: Um aspecto importante no tratamento psicanalítico em casos de pacientes diagnosticados com fibromialgia é a estreita relação com a medicina.

Castellanos (2009) destaca que o paciente que sofre de fibromialgia chega ao analista através de um encaminhamento por parte de um profissional da medicina. Por se tratar de uma afetação corporal, é comum que no tratamento desses pacientes ocorra uma intervenção médica e farmacológica. Em geral, o tratamento médico é o primeiro a ser buscado. Castellanos (2009) atenta que o diagnóstico de fibromialgia, nomenclatura criada pela medicina, é própria do discurso do mestre e da ciência. Ao “acomodar” pessoas distintas em uma mesma classe, corre-se o risco de criar uma categorização que anula a particularidade de cada caso. Nesse sentido, de acordo com o autor, a proposta da clínica psicanalítica opera no tratamento da fibromialgia seguindo na contracorrente do discurso do mestre.

Por essa razão, sempre falava com os pacientes com o significativo “dor” que abria a porta de uma pergunta por sua causa, uma vez que se havia descartado a causa orgânica. É uma operação prévia que trata de passar do discurso do mestre para o discurso analítico, para que se possa realizar um tratamento com as ferramentas da psicanálise (CASTELLANOS, p. 19, tradução nossa).

A proposta é que se trabalhe na produção de uma desidentificação do sujeito, pois ser taxado ou categorizado como um paciente fibromiálgico pode ocultar aquilo que está relacionado ao surgimento da dor e suas manifestações. A partir desse trabalho de desidentificação, então, é que o sujeito pode falar daquilo que lhe é mais singular e próprio. Ansermet (2014), ao analisar as relações entre Medicina e Psicanálise como elogio do mal-entendido, reitera a clínica da singularidade: o paciente não pode ser considerado a partir de uma generalização, mas justamente como uma exceção àquilo que é universal. A prática analítica em um campo predominantemente médico implica admitir o mal-entendido, evitando contorná-lo, recobri-lo, apagá-lo, cumulá-lo com um saber a mais. Para Gaspard (2012), essa seria uma lição extraída do tratamento das histéricas por Freud. As possíveis lesões do Eu, para além do organismo, podem ser responsáveis por síndromes no corpo. Para o autor “as manifestações, os silêncios, e os fracassos do organismo que interrogam o saber médico, obrigando o médico a tratar pelo simbólico” (GASPARD, 2012, p. 91). O que sugere que o saber médico deva considerar outros aspectos, além dos meramente orgânicos. Desde sua célebre conferência *O lugar da psicanálise na medicina*, Lacan (1966) indicava o mal-entendido entre as naturezas de tratamento, mas anunciava também que esse trabalho poderia ter uma maior coparticipação e colaboração. Aspecto tratado por psicanalistas relativo à clínica contemporânea (ANSERMET, 2014; CASTELLANOS, 2009; GASPARD, 2012). O que indica também que essa relação estreita entre ambos os modos de tratamento, apesar de aparecer de maneira importante em tratamentos de fibromialgia, não é uma exclusividade destes casos, sendo mais um indicador da articulação de saberes ao qual a psicanálise já está implicada. Por outro lado, a particularidade dessa relação pode ser localizada na clínica da dor em sua imprescindível prática multidisciplinar.

Nesse cenário, a chegada do paciente com dor crônica ao analista tem características particulares: em geral, precedida por uma tentativa de tratamento médico e insere-se em um tratamento multidisciplinar. Ao discutir a dor como um fenômeno legítimo de estudo, Arán e Alcides (2010) afirmam que a investigação dos aspectos psicológicos geralmente ocorre em duas situações: quando o paciente não apresenta uma melhora significativa com o tratamento planejado e quando este se queixa de aspectos não correspondentes aos modelos de tratamento. Até este momento, um tratamento que contemple os fenômenos psíquicos parece não ser considerado. E é nesse contexto, que o paciente que padece de dor crônica chega ao analista, tanto na clínica particular quanto no ambiente hospitalar, comumente após uma resposta insatisfatória ao tratamento médico padrão. Deve-se considerar que o desafio em tratar esses pacientes não é somente uma questão para os médicos, mas também para os outros profissionais. Por isso, uma estratégia terapêutica utilizada para não fragmentar o tratamento do paciente a partir das diferentes especialidades, tem sido o recurso da multidisciplinaridade. Besset et al (2010), em *Um nome para a dor: fibromialgia*, afirmam que uma abordagem

multidisciplinar parece consenso na maioria dos trabalhos médicos, considerando o caráter fortemente subjetivo dessas síndromes. No próprio Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia, Heymann et al (2010) defendem que não só a abordagem multidisciplinar é indicada, como ela é o tratamento ideal: “a estratégia para o tratamento ideal da fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar com a combinação de modalidades de tratamentos não farmacológico e farmacológico” (ibid., p. 59). Em geral, pode-se considerar que um paciente que padece de dor crônica chega ao analista em um contexto de trabalho multidisciplinar, no qual profissionais de outras áreas também participam do tratamento. Associado a isso, um outro aspecto é que comumente o tratamento psicanalítico será próximo de uma prática em hospitais e do trabalho com o médico, tendo em vista o caráter estreito entre o psíquico e orgânico.

O reconhecimento da dor, entre queixa e demanda: O exame das queixas dos pacientes endereçadas ao analista ou ao médico parecem apresentar características muito semelhantes nos diferentes casos. A partir delas, identificou-se as demandas desses sujeitos em relação ao tratamento de sua dor, principal sintoma da síndrome da dor crônica. Zanotti et al (2013) afirmam que os pacientes com dor crônica enfatizavam a relevância do reconhecimento, por parte do outro, da dor da qual padecem, constituindo-se como uma de suas principais queixas apresentadas na clínica. Segundo os autores, estes sujeitos “se endereçam aos médicos para demandar um alívio, mas sobretudo um diagnóstico preciso para nomear o que eles experimentam ou para delimitar e legitimar, até mesmo obter, o reconhecimento de seu sofrimento” (ibid., p. 427, tradução nossa). O reconhecimento da dor é também destacado no artigo *Apelo ao outro na dor física crônica: a dimensão melancólica da queixa* de Cardoso e Paraboni (2010). Ao discutir a função psíquica da dor, os autores consideram que esta tem natureza de apelo e cuidado. Dessa forma, a queixa dos pacientes tem um endereço e para eles é preciso que alguém escute e reconheça que aquele sofrimento é verdadeiro e existe. Identifica-se aí, a importância de um espaço terapêutico que priorize a fala desses pacientes e todos os aspectos presentes nela, como o reconhecimento de sua dor e o que ela pode significar para cada sujeito.

De acordo com Besset et al (2010), a dor e o sofrimento que esta causa, comumente ocupam um lugar central nas queixas dos pacientes com dor crônica. O que, por vezes, oculta radicalmente todas as outras experiências de vida afetiva ou social do sujeito (BESSET et al, 2010). É comum que os pacientes com dor crônica coloquem essa síndrome em lugar de destaque em suas vidas. Tal destaque também aparece durante o tratamento psicanalítico, onde a dor crônica pode tomar um papel central na fala do sujeito fazendo com que as demais experiências possam ser ofuscadas ou escondidas. Lacan (1964-65) em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, apresenta que a demanda, por se articular em significantes, deixa um “resto metonímico” (p. 146) que passa por ela e que não é determinado, um “elemento necessariamente em impasse” (p. 146), que não se satisfaz, da ordem do impossível e, sobretudo, desconhecido. Miller (1997) iguala a demanda ao “pedir”. A demanda, portanto, seria aquilo que o sujeito pede ao analista durante o tratamento, endereçando o que lhe falta e sua conclusão seria, portanto, o desvanecimento dessa demanda. Apresenta que “há uma falta que não se pode completar, um defeito sem remédio e, neste sentido, o desvanecimento da demanda é a mesma coisa que consentir e assumir a castração” (MILLER, 1997, p. 441). Ou seja, a partir desse desvanecimento, não há mais demanda a dirigir. Ao discutir *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan (1966) esclarece que aquilo que o sujeito demanda não é necessariamente uma resposta em palavras, porque palavras ele pode ter de quem ele quiser, inclusive fora da análise. O sujeito pede justamente porque fala, a partir da linguagem. sua demanda atual nada tem a ver com isso, nem sequer é dele, pois, afinal, fui eu que lhe fiz a oferta de falar (...) Consegui, em suma, aquilo que se gostaria, no campo do comércio comum, de poder realizar com a mesma facilidade: com a oferta, criei a demanda (LACAN, 1966, p. 623).

É a partir do espaço de fala oferecido pelo analista no tratamento psicanalítico que por meio da fala o sujeito pode ter uma demanda a endereçar. Para Lacan (1966), é por intermédio da demanda que toda a história do sujeito se entreabre, sobretudo porque “demandar” foi tudo aquilo que o paciente precisou fazer ao longo da vida, e é por isso que está vivo. A análise, portanto, apenas entra nessa sequência. As queixas apresentadas pelos pacientes com dor crônica mostram uma similaridade naquilo que levam ao psicanalista. Em geral, esses pacientes apresentam apelos como demanda de alívio da experiência apresentada como física; um reconhecimento de sua dor, de que aquele sofrimento realmente existe, sobretudo diante do seu meio social; bem como o papel de destaque a dor assume, tanto na vida do paciente como em sua fala durante o tratamento, por vezes ocultando outras experiências. O reconhecimento da dor aparece como uma demanda dos sujeitos na clínica. Este reconhecimento é posto como problemático para a medicina – o que pode refletir em outros campos da vida do sujeito, como no trabalho, no âmbito familiar e na sociedade. Ao comparar o quadro clínico da fibromialgia com o da histeria, Slompo e Bernardino (2006) defendem que ambas as patologias provocaram e ainda provocam descrédito no campo médico. O fato de ambos os diagnósticos serem baseados principalmente pelo relato do paciente impede a comprovação da veracidade do que é descrito, pois não há exames para verificar a existência destas patologias.

Minatti (2012), em *O psicanalista no tratamento da dor*, afirma que “diante da ameaça o sujeito busca garantias, via pela qual um diagnóstico pode ser tomado, e pode entrar num lugar de verdade ou asseguramento que nunca são suficientes” (MINATTI, 2012, p. 830). Sabe-se, portanto que um diagnóstico pode oferecer garantias de uma identificação, mas que não garante uma ausência de angústia ou formulações de outras queixas. Tal posição também é defendida por Castellanos (2009). O autor alega que o tratamento da fibromialgia seja reformulado e que opere na contracorrente do discurso do mestre. Como citado anteriormente, trabalha-se inicialmente no tratamento de uma desidentificação de cada sujeito, pois ser agrupado em uma categoria como um paciente fibromiálgico pode ocultar aquilo que está relacionado ao surgimento da dor. A partir desse trabalho de desidentificação é que se pode considerar possível que o sujeito fale daquilo que lhe é mais singular e próprio. Em *L’existence de La fibromyalgie*, o psiquiatra e psicanalista Ebtinger (2009) desenvolve justamente uma discussão sobre o reconhecimento da fibromialgia. Inicialmente, o autor afirma que é incontestável que haja uma síndrome fibromiálgica e incontestáveis também são as dores relatadas. As dores são sempre reais e não há como se duvidar da veracidade de uma queixa ou de uma dor. Reconhecer sua existência não só é essencial para compreender alguma coisa, como para tratar os sujeitos que sofrem. Segundo Ebtinger (2009), são duas as maneiras mais comuns de tratamento da fibromialgia: a primeira é considerar que a dor é real e esperar que se encontre uma prova clínica-anatômica disso, e a segunda é evocar um saber psicológico. Quando o fator psíquico é usado para explicar a fibromialgia, frequentemente surgem estes três termos: doença psicossomática, doença imaginária e histeria. Na realidade, não se trata de nenhuma dessas três hipóteses, mas de um quadro particular da relação que o sujeito cria com seu corpo, a qual pode aparecer de inúmeras formas distintas.

Considerar esta relação do sujeito com o corpo que ele tem é dar atenção ao não visível do corpo – a imagem mental que cada um faz de si, as ideias, os ideais, os fantasmas e as sensações. Portanto, para o autor a dor “não deve ser abordada nem com um saber, nem com um saber técnico, mas apoiada por não saber, ou mais exatamente com um não-saber” (ibid., p. 3, tradução nossa). O saber que pode existir é aquele que é elaborado no caso a caso. A conclusão de Ebtinger (2009) é que a síndrome que se intitula fibromialgia sempre aparece com uma demanda de reconhecimento e que seu tratamento “não acontece sem uma resposta a esta demanda de reconhecimento” (ibid., p. 7, tradução nossa). O reconhecimento deve ser triplo: o reconhecimento das dores como reais; o reconhecimento de um não-saber, que deve ser assumido por pelo menos um terapeuta; e, o reconhecimento da singularidade do quadro clínico e a busca do

estatuto particular destas dores em função dos diferentes modos de relação do sujeito com seu corpo (ibid.) A partir dessa discussão, pode-se afirmar que o tratamento psicanalítico para os sujeitos diagnosticados com fibromialgia gira em torno de reconhecer a existência e a veracidade da dor (EBTINGER, 2009).

Diagnóstico Diferencial e Transferência: A relação entre o paciente que padece de dor crônica e o profissional que o atende, apareceu como um elemento relevante para ser discutido, tanto no que se refere ao tratamento psicanalítico como o médico. Nesse sentido, a transferência, conceito psicanalítico que põe em papel central para o tratamento a relação entre paciente e analista, pôde ser identificada como um aspecto importante para o tratamento da dor crônica. Arán e Alcides (2010) afirmam que o recurso mais eficaz para lidar com o tratamento de pacientes com dor crônica é uma disponibilidade pessoal pra a construção de um espaço terapêutico que priorize uma relação de empatia entre profissional e paciente. Nesse contexto, a psicanálise é trazida como uma grande contribuição a esse espaço, pois além de considerar os aspectos subjetivos da dor, considera importante à relação transferencial entre paciente e terapeuta. Barreto e Besset (2012) em *Um aporte psicanalítico para o tratamento da dor crônica*, afirmam que a dor crônica pode entrar na série dos fenômenos “mudos” da contemporaneidade, por não querer “dizer nada e não fazem laço social ou apelo ao Outro” (p. 389). Portanto, o analista deve empenhar-se em fazer a dor crônica muda falar como sintoma, pois é da fala que dispõe a psicanálise. Dessa forma, consideram a transferência como um elemento decisivo no tratamento da dor crônica: “A direção do tratamento deve dispor do amor de transferência, para localizar alguma vacilação em um sujeito tão pouco propenso a que se instaure no dispositivo analítico a suposição de saber” (BARRETO; BESSET, 2012, p. 390).

Zanotti *et al* (2013) concluem que é partir da transferência que será construído uma direção particular sobre a dor do paciente. Esta direção permitirá ao sujeito uma apropriação do seu corpo, o que fará ser ressaltada a relação entre corpo, sintoma e palavra. A transferência é o *modus operandi* da psicanálise. Seu manejo, no entanto, não é necessariamente uma exclusividade dos psicanalistas, sobretudo porque ela não é uma criação “como algo racional” (MILLER, 1987, p. 63), mas é algo da relação entre paciente e terapeuta identificado por Freud e depois desenvolvido por Lacan como um conceito. Zanotti e Monlleó (2012), defendem que não é novidade que exista transferência no atendimento médico e esta é de extrema relevância, mesmo quando não aproveitada durante o tratamento. Ao discorrer sobre a parceria entre profissionais da medicina genética e da psicologia, as autoras mencionam a existência de uma particularidade relativa à transferência em casos de pacientes ‘compartilhados’. É possível afirmar que, quando um paciente é encaminhado a um analista ocorre um deslizamento de transferência, que inicialmente era depositada na figura do médico. Esse ato “introduz, certamente, a psicanálise como significante-mestre, o que edifica sua importância. A relação de confiança colocada pela paciente em seu médico transferiu-me um benefício *a priori*, pela indicação” (FONTE, 2006, p. 76-77).

Assim, é plausível sustentar a ideia de que haja um deslizamento de transferência no caso dos pacientes com fibromialgia que são encaminhados pelos seus médicos. A psicanálise, diferente da medicina, fará o uso e o manejo dessa transferência, a qual é considerada como uma suposição de saber e primordial para o tratamento (ibid.). Para alguns autores, o diagnóstico diferencial dos pacientes com fibromialgia está associado ao quadro clínico da histeria. Para alguns deles, a fibromialgia é um sintoma histórico contemporâneo e para outros, a fibromialgia pode ser considerada como um fenômeno de ordem histórica ou psicossomática (LEITE & PEREIRA, 2003). Leite e Pereira (2003) se apoiam na maior incidência da fibromialgia entre as mulheres, no caráter excessivo da dor, no fato de que ela se apresenta como sintoma, assim sua possível origem psíquica. Contudo, para Castellanos (2009), a fibromialgia não se trata apenas de uma apresentação contemporânea da histeria. O autor defende que o diagnóstico diferencial requer uma atenção especial nestes casos. Isso se justifica pelo fato de que, o que se

nomeia fibromialgia pela medicina deve ser considerado pela psicanálise como um padecimento complexo, um fenômeno transclínico, ou seja, um fenômeno que pode se relacionar à estrutura neurótica ou à estrutura psicótica. Besset *et al* (2010) alegam que a abordagem da fibromialgia pode ser radicalmente diversa em função do diagnóstico diferencial, principalmente no que se refere ao modo de enlaçamento entre os registros real, simbólico e imaginário, ou seja, à uma estrutura neurótica ou psicótica. Assim, não se trata de eliminar a síndrome dolorosa e o sofrimento psíquico relacionado a ela, mas de “atentar para o que está em jogo em termos estruturais e inconscientes” (BESSET *et al*, 2010, p. 1256). Além disso, na perspectiva psicanalítica aposta-se que “para além da doença, há um sujeito em questão e que o diagnóstico em psicanálise se produz a partir da posição que este ocupa frente a seu sintoma” (BESSET *et al*, 2010, p.1256). De acordo com Barreto e Besset (2012), na direção do tratamento da fibromialgia deve-se considerar a importância do cálculo que inclui o diagnóstico diferencial entre a neurose e a psicose ordinária para a direção do tratamento. Os autores continuam: “a dor crônica se oferece como transestrutural e multiuso, insinuando-se, inclusive, às tentativas de amarração da psicose” (p. 390). Assim, nos casos de psicose, a intervenção do analista deve ser mais prudente, “sem se utilizar do equívoco significativo, considerando que o fenômeno de corpo pode ter função de enodamento RSI” (ibid., p. 390). Abre-se, então, uma nova questão no tratamento de casos de fibromialgia, pois antes considerava-se que este padecimento era parte de um quadro histérico. Nas produções mais recentes, contudo, pode-se constatar que este é retratado como um fenômeno transclínico. Assim, o diagnóstico diferencial neurose-psicose na clínica da dor tem uma função primordial.

Dor: Paradoxo do Gozo: A dor e o gozo foram identificados como aspectos que estariam inter-relacionados ao surgimento da fibromialgia, por essa razão, apareceram como ponto relevante para o tratamento psicanalítico. Em *Efeitos da fala sobre a dor no corpo*, Cohen e Miranda (2012) apresentam o caso de uma paciente que desde a infância sofre de mal-estar e dor, e que esses são potencializadas em momentos de tristeza. Apresentam que, nesse caso, a inscrição da dor passou a ser algo corriqueiro de modo que ela até se acostumou a conviver, mesmo depois de adulta. Em um atendimento, essa paciente relatou que preferia “mil vezes ter essa dor que fica em meu corpo do que a insatisfação que trago e que me deprime” (ibid., p. 213). Com esse relato, Cohen e Miranda (2012) destacam que essa fala demarca um excesso que atravessa o sujeito e que dá pistas de como essa dor se inscreve no corpo, indicando o modo de gozo durante o tratamento.

Ainda sobre a relação entre dor e gozo, Castellanos (2009), a partir da prática na clínica psicanalítica, discute a origem das síndromes de dor crônica sem causa orgânica. Constata que na clínica da dor no corpo, a partir das inúmeras transformações da vida de um sujeito, o funcionamento pode se romper e o gozo desamarrado produz o “embaralhamento” no corpo dos quais a dor é apenas uma das manifestações. Pode-se então, tomar a dor como um acontecimento do corpo. Segundo Castellanos

O gozo da vida se processa muitas maneiras e a operação simbólica ou o encontro com a linguagem consegue de maneira relativamente eficaz dá-lo um sentido e localizá-lo naquilo que Freud chamava de zonas erógenas. E continua, afirmando que em casos de dor crônica encontramos com o gozo do corpo fora da articulação significativa, um gozo deslocalizado, que se manifesta como dor (CASTELLANOS, 2009, p. 72, tradução nossa).

A partir disso, o tratamento consiste em utilizar os instrumentos da psicanálise lacaniana pra se produzir uma localização e redução do gozo que se experimenta no corpo. Castellanos (2009) identifica também, que no tratamento psicanalítico da dor, há a necessidade de tomá-la como um sintoma, ainda que se saiba que não o é, pois, segundo ele, se trata de uma pura manifestação do gozo no corpo. Com essa posição, o analista facilita o tratamento pela via do simbólico, e dessa forma produz um sintoma. Queiroz (2012), em *Dor e gozo: de Freud a Lacan*, pontua que para Freud a dor está

regida pelo princípio do prazer-desprazer, e a partir de uma noção de pulsão de morte ele pôde enxergar além, e então Lacan nomeou essa dor além do princípio do prazer-desprazer como gozo. Para a autora

a dor está a serviço da pulsão de vida e se representa psiquicamente como experiência de desprazer, enquanto o gozo está a serviço da pulsão de morte e é da ordem do des-simbólico. Dor e gozo estão para além do princípio do prazer: a dor dizendo respeito ao desprazer e o gozo ao que está para além do prazer-desprazer (QUEIROZ, 2012, p. 857).

Pontua, ainda, que o gozo, assim como a dor, pressupõe uma ultrapassagem do limiar. Mas que na dor, há uma circunscrição do gozo, fragmentando-o. Ou seja, Queiroz (2012) afirma que a dor faz limite entre a experiência de prazer e a de gozo e que portanto pode-se afirmar que o gozo seria uma instância negativa, diferente do prazer. É importante considerar a especificidade do tratamento da dor, pois como afirma Castellanos (2009) “a dor é um sintoma que não pede nada, é a manifestação de um gozo deslocado, algo muito diferente dos sintomas da época de Freud” (p. 82, tradução nossa). Sendo identificada uma relação entre dor e gozo, esse passa a ser um aspecto de relevância a ser considerado no tratamento. Como citado, Lacan identifica o gozo como aquilo que satisfaz o corpo, e que permanece fora de sentido. O gozo se processa muitas maneiras e a operação simbólica ou o encontro com a linguagem pode dar a ele um sentido e localizá-lo no tratamento psicanalítico. É assim que, em casos de dor crônica e fibromialgia, segundo Castellanos (2009) encontra-se com o gozo do corpo fora da articulação significativa, um gozo deslocalizado, que se manifesta como dor. Pode-se identificar que o gozo é um aspecto considerado na experiência analítica, e em casos de fibromialgia ele está em destaque devido à sua forte articulação com a dor.

Considerações finais: Nos casos de fibromialgia, o trabalho do psicanalista em proximidade com a medicina destaca a diferença entre estes saberes. Nesse contexto, cabe aos profissionais ordenar uma prática a partir do reconhecimento do mal-entendido. Essa relação estreita entre ambos as modalidades de tratamento não são uma exclusividade dos casos de fibromialgia, sendo mais um indicador da articulação de saberes ao qual a psicanálise já está implicada. Assim como o trabalho multidisciplinar ao qual a psicanálise se insere, muitas vezes em hospitais. Esse tratamento é normalmente realizado em conjunto com profissionais de outras áreas e constitui-se também como uma estratégia terapêutica própria da clínica da dor. Também foi possível identificar como uma particularidade a esta clínica as queixas trazidas pelos pacientes com fibromialgia. Estas queixas assumem um papel de destaque na vida do paciente e apresentam um pedido de alívio e de reconhecimento da dor. No entanto, a operação analítica parte da ideia de que há um impasse entre aquilo que se queixa e aquilo que se demanda. Assim, destaca-se que é necessário considerar que não há uma equivalência entre o pedido e a demanda do paciente fibromiálgico, dando espaço para a demanda de reconhecimento presente no apelo feito pelo paciente. A questão diagnóstica nos casos de fibromialgia se insere num contexto particular, pois diversos autores partem do suposto de que este padecimento está estritamente ligado a um quadro histérico.

Contudo, pode-se concluir que a fibromialgia também se apresenta em casos de psicose, o que a caracteriza como um fenômeno transclínico. Assim, o diagnóstico diferencial continua primordial para a definição de uma estratégia do tratamento analítico. Na discussão, a dor e o gozo foram identificados como aspectos que estariam inter-relacionados ao surgimento dessa síndrome e que seriam próprias a ela. Em casos de dor crônica e fibromialgia encontra-se com o gozo do corpo fora da articulação significativa, um gozo deslocalizado, que se manifesta como dor. Pode-se identificar aí a necessidade de considerar que a dor do paciente está fortemente articulada com o gozo do sujeito. Assim, pode-se identificar alguns aspectos particulares ao tratamento psicanalítico em casos de pacientes diagnosticados com fibromialgia. Estes aspectos são próprios, pois são referentes aos casos de pacientes fibromiálgicos, mas não são exclusivos, pois a psicanálise opera

considerando estes elementos em seu tratamento, assemelhando-se principalmente em casos de pacientes com afetações corporais. A inclinação da psicanálise sobre os casos de fibromialgia se dá, sobretudo, no impasse da medicina e de outras disciplinas frente ao enigma desta enfermidade. Em oposição às terapêuticas que buscam a supressão da dor ou a adaptação a esta, a psicanálise opera na construção de um saber particular a cada sujeito, o que pôde ser discutido ao longo do texto. Ao considerar a singularidade de cada caso, a psicanálise promove a fala do sujeito na sua proposta de construção de uma teoria pessoal sobre a dor, mas que como foi destacado, essa clínica tem suas particularidades. Assim, considera-se que a experiência da dor pode ser modificada por um tratamento analítico que se baseia na palavra, possibilitando uma solução menos danosa para o sujeito.

REFERÊNCIAS

- ANSERMET, F. Medicina e psicanálise: elogio do mal entendido. Opção Lacaniana, 2014. Disponível em: Acesso em: 05 mai 2015.
- ARAGON, L. E. P. Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático. Interface Comunicação, saúde e educação: São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100013> Acesso em: 05 mai 2015.
- ARÂM, M.; ALCIDES, R. Sobre a clínica da dor: o desafio da construção de um espaço terapêutico In: Um novo lance de dados. Psicanálise e medicina. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.
- BARRETO, F.; BESSET, V. Um aporte psicanalítico para o tratamento da dor crônica. Rio de Janeiro: Polêm!ca, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3729/2611>>. Acesso em: 05 mai 2015.
- BESSET, V. L. et al. Um nome para a dor: fibromialgia. Fortaleza: Revista mal-estar e subjetividade, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400009>. Acesso em: 07 abr 2015.
- CARDOSO, M, R.; PARABONI, P. Apelo ao outro na dor física crônica: a dimensão melancólica da queixa. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.
- CASTELLANOS, S. El dolor y los lenguajes del cuerpo. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.
- COMISSÃO DE DOR, FIBROMIALGIA E OUTRAS SÍNDROMES DOLOROSAS DE PARTES MOLES. Fibromialgia – cartilha para pacientes. Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2011a. Disponível em: <Error! Hyperlink reference not valid.>. Acesso em: 09 dez. 2014. Acesso em: 10 jan. 2015. Acesso em: 05 mai 2015.
- COMISSÃO DE DOR, FIBROMIALGIA E OUTRAS SÍNDROMES DOLOROSAS DE PARTES MOLES. Fibromialgia - Definição, Sintomas e Porque Acontece. 2011b. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Doe ncasOrientacoes&Pagina=reumatologia/in_doencas_e_orientacoes_resultados.asp>. Acesso em: 28 jan. 2015.
- DOR, J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto alegre: ARTMED, 1989.
- EBTINGER, P. L'existence de la fibromyalgie. Intervention au Groupe d'Études de la Doleur. Strasbourg. 2009. P 1-7. Disponível em: Acesso em: 05 mai 2015.
- ESPINOZA, M. P. V. A solução da dor. Fibromialgia e psicanálise. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013. 1 CD-ROM.
- FONTE, R. O tropeço do sobrevivente. Opção Lacaniana, 45, 75-78. Disponível em: <http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Rosane_da_Fonte_O_tropeco_da_sobre_vivente1.pdf>. Acesso em: 07 mai 2015.
- FREUD, S. (1909). Cinco lições de psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 11.
- FREUD, S. Tratamento psíquico (ou anímico) In. Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos. Imago, 1901-1905.
- GASPARD, J. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: BESSET, V. RUDGE, A. M.(Org).Psicanálise e outros saberes. Cia de Freud: FAPERJ, 2012.p. 87-108.
- HEYMANN, R. E et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, 50(1), fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042010000100006>>. Acesso em: 05 mai 2015.
- HEYMANN, R. E. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. São Paulo: Rev. Bras. Reumatol., 2006. Disponível em: Acesso em: 05 mai 2015.
- LACAN, J. O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1973.
- _____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1966/1998. P. 591-652.
- _____. O lugar da psicanálise na medicina (1966/2001). Opção Lacaniana, 32, p. 8-14.
- LAURENT, E. Princípios diretores do ato analítico. In: Correio n. 56. Salvador: EBP, agosto 2006, p. 5-9.
- LEITE, A. PEREIRA, M. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. São Paulo: Psyché, dez 2003, vol. VII, n. 12. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/307/30701207.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2015.
- MILLER, J. Discurso do método psicanalítico In: Lacan elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- _____. Percurso de Lacan: Uma introdução. Jorge Zahar, 1987.
- MINATTI, S. P. O psicanalista no tratamento da dor. São paulo: Rev. latinoam. psicopatol. Fundam, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000400006>. Acesso em: 05 mai 2015.
- PISETTA, M. A. A. M. Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. Petrópolis: Boletim de Psicologia, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/fbolpsi/v58n129/v58n129a05.pdf>>.
- QUEIROZ, E. F. Dor e gozo: de Freud a Lacan. São Paulo: Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142012000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 mai 2015.
- QUINET, A. As 4+1 Condições de Análise. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- SLOMPO, T. K. M. S.; BERNARDINO, L. M. F. Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. São paulo: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund, 2006. 1 CD-ROM.
- ZANOTTI, S. V. et al. Nos limites da histeria, a dor crônica. São Paulo: Revista Latinoam. de Psicopat. Fund, 2013, vol.16, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000300006&script=sci_arttext>. Acesso em 06 mai 2015.
